

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 janvier 1900, à 1 heure.

PAR

Charles OMNÈS

DE LA LAPAROTOMIE

DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM.

}	LE DENTU, <i>professeur</i>
	CHARRIN et ALBARRAN, <i>agregés</i>

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 janvier 1900, à 1 heure.

PAR

Charles OMNÈS

DE LA LAPAROTOMIE

DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM.

{ LE DENTU, professeur.

{ CHARRIN et ALBARRAN, agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS.

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N...
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (Aug.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS ET AUX AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans le cours de nos études médicales nous avons eu l'occasion d'observer huit cas de péritonite tuberculeuse généralisée ou localisée, traités par la laparotomie avec ou sans lavage péritonéal.

Sur ces huit cas nous n'avons constaté qu'un seul décès opératoire. Encore ce décès ne doit-il pas être imputé au traitement de la péritonite tuberculeuse elle-même, c'est-à-dire la simple laparotomie, mais à une opération très complexe qu'on fut obligé de faire. Il s'agissait en effet d'une femme ayant eu un fibrome utérin assez volumineux et développé surtout dans le sens transversal.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse concomitante, n'avait pas été fait avant l'opération, car cette dernière lésion avait évolué insidieusement. Aussi fut-on très étonné à l'ouverture du ventre de constater que les anses intestinales, agglutinées entre elles étaient parsemées de granulations et recouvertes de fausses membranes. Comme le fibrome utérin volumineux donnait lieu à des accidents inquiétants, M. Richelot, chef de service, crut devoir procéder malgré la tuberculose péritonéale, à son ablation.

Cette opération quoique pratiquée avec toute l'habileté du maître fut très longue et très pénible. La malade mourut le surlendemain (Obs. VIII).

Sur les sept autres opérés, un seul n'a pas tiré grand profit de l'intervention qui a semblé au contraire avoir

donné comme un coup de fouet à la lésion pulmonaire préexistante (Obs. VII).

En revanche dans nos six autres observations, les malades ont tous largement bénéficié de l'opération, quelques-uns paraissent même définitivement guéris.

Ces huit cas inédits que nous avons pu réunir, nous ont vivement intéressé et ce sont eux qui nous ont fourni le sujet de notre thèse.

Nous n'avons certes en aucune façon la prétention de refaire ici les Travaux de MM. Boulland, Truc, Maurange et Pic. Ces travaux très consciencieux et très complets n'ont en effet nul besoin d'être refaits. Nous nous proposons seulement de faire quelques considérations sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. A défaut d'originalité, notre thèse aura, nous semble-t-il, l'avantage d'apporter huit observations nouvelles et bien complètes de péritonites tuberculeuses opérées, dont six démontrent d'une façon indiscutable l'efficacité de la laparotomie.

Avant de commencer ce travail qui terminera nos études officielles, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous les maîtres éminents qui nous ont prodigué et leur science et leur appui.

Nous avons eu l'honneur d'être pendant quatre ans, interne en pharmacie de M. le professeur Dieulafoy et c'est lui qui par ses travaux, son savant et brillant enseignement, par les passionnants problèmes qu'il soulevait chaque jour devant nous, nous a rendu curieux des choses de la médecine. Nous lui renouvelons l'assurance de notre profonde admiration et de toute notre reconnaissance.

Nous avons reçu de M. le professeur Landouzy membre de l'Académie de Médecine, dans son service de l'hôpital Laënnec, un solide enseignement clinique et théorique, nous lui en sommes vivement reconnaissant.

M. le professeur agrégé Reclus, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien des hôpitaux, s'est toujours montré avec nous d'une grande bienveillance et d'une rare bonté, nous lui adressons, ainsi qu'à son assistant à l'hôpital, M. le professeur agrégé Faure, chirurgien des Hôpitaux, l'assurance de notre sincère gratitude et de notre respectueuse affection.

Monsieur Giraudeau, médecin de l'hôpital Tenon, a toujours été pour nous un maître aussi bon que savant, nous lui sommes très reconnaissant et de ses leçons, et de l'amitié qu'il a toujours bien voulu nous témoigner.

MM. Rénon, médecin des Hôpitaux et Bouglé, chirurgien des Hôpitaux, ont été un peu nos maîtres et beaucoup nos amis, qu'ils reçoivent l'assurance de toute notre gratitude.

M. Marion, prosecteur à la Faculté, notre maître en médecine opératoire et M. Dubrisay, ancien chef à la clinique Tarnier, se sont maintes fois montrés pour nous de véritables amis, qu'ils veuillent bien recevoir tous nos remerciements.

HISTORIQUE

Spencer Wells est le premier chirurgien qui, en 1862, pratiqua la laparotomie dans un cas de péritonite tuberculeuse. Il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle on avait fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. Or, à l'ouverture du ventre, Spencer Wells reconnut les lésions classiques de la péritonite tuberculeuse ; néanmoins, il évacua le liquide péritonéal, puis sutura la paroi abdominale. La malade guérit rapidement et de l'intervention, et de sa péritonite, et cette guérison se maintint, puisque la malade vivait encore en 1889.

C'est à Kœnig que revient le mérite d'avoir le premier pratiqué une laparotomie raisonnée dans un cas de péritonite tuberculeuse. En 1884, il faisait paraître un mémoire célèbre ainsi intitulé : « De la tuberculose péritonéale diffuse, et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen, avec remarques sur le pronostic et le traitement de cette maladie ». Dans ce mémoire, le chirurgien allemand préconisait catégoriquement la laparotomie dans certains cas de péritonite tuberculeuse.

C'est dans les revues médicales d'Allemagne, d'Angleterre et d'Amérique qu'il faut rechercher les premières observations de péritonites tuberculeuses opérées. En France, en effet, on attendait les publications des cas de Tédénat, Demons, Mouvel et Terrillon, avant de se lancer dans la voie de l'intervention.

Cependant, en 1886, Truc, dans sa Thèse d'agrégation,

insistait sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse ; et pouvait réunir 11 cas opérés ; dont 9 avec succès.

En 1887, Kummel communique au XVI^e Congrès des chirurgiens allemands, un mémoire dans lequel il a pu recueillir 30 cas.

En 1889, Maurange, dans son excellente Thèse, rassemble 11 faits, et conclut à 83 0/0 de guérison.

L'année suivante, Pic (Th. Lyon 1890), réunit 138 cas qu'il analyse minutieusement et conclut à 77,61 0/0 de guérison.

La même année, Kœnig publiait au Congrès de Chirurgie de Berlin une statistique de 131 cas, qui donnait 82 0/0 de guérison. Malheureusement, suivant Kœnig lui-même, un certain nombre de ces cas devaient être considérés comme suspects, en outre, la plupart avaient été insuffisamment observés et suivis après l'opération.

En France, M. Routier publiait à la même époque dans la *Médecine moderne* (3 avril 1890) un remarquable travail d'ensemble fondé sur 90 cas, tandis que Bruhl faisait paraître dans la *Gazette des Hôpitaux* (25 octobre 1890), une excellente revue générale qui mettait bien au point l'état de la question.

Dans ces dernières années, les faits se sont prodigieusement multipliés, puisqu'en 1893 déjà, Rorsch pouvait publier dans la *Revue de Chirurgie* une statistique de 332 cas, dont 249 avaient été, sinon guéris, du moins notablement améliorés.

Enfin le dernier travail important paru sur la question qui nous occupe, est le rapport de Winckel au Congrès de Moscou (1897) où figurait à l'ordre du jour le traitement de la péritonite tuberculeuse. Dans son rapport, Winckel, après avoir rappelé les statistiques les plus récentes, et résumé

les recherches expérimentales de Marinotti et de Biciocchi, essaie de poser les indications et les contre-indications de la laparotomie et conclut en disant que celle-ci agit par évacuation du liquide virulent et par libération des vaisseaux. De la sorte, dit-il, la circulation étant devenue plus active, le puissance de résorption du péritoine est exaltée au maximum.

PRONOSTIC DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Traitée médicalement.

Avec l'un des premiers, envisagea sérieusement le pronostic de la péritonite tuberculeuse, et aboutit à cette amère conclusion que presque toujours, pour ne pas dire toujours, cette affection, de même que les autres affections péritonéales, se terminait par la mort.

Un peu plus tard, au contraire, Villemin pensa et enseigna que la tuberculisation des séreuses n'aboutissait pas forcément à une terminaison fatale, et que dans un certain nombre de cas, on observait la guérison, ne fut-ce que momentanée.

Suivant Lebert, il faut, au point de vue du pronostic, distinguer les cas de péritonite tuberculeuse localisée des cas de péritonite tuberculeuse généralisée. Dans ces derniers cas, en effet, la mort est la règle, comme dans les autres modes de la phthisie. Au contraire, quand il n'existe que quelques noyaux péritonéaux tuberculeux, la guérison est la terminaison habituelle, surtout si le médecin veut bien la favoriser, grâce à l'application d'un traitement convenable.

D'après M. Bugeuoy, il n'est pas rare que la péritonite tuberculeuse, même généralisée, ait eu une heureuse issue, à la condition expresse toutefois, que les poumons soient indemnes ou à peu près indemnes, et que les granulations

et les tubercules soient étouffés par les produits inflammatoires, sécrétés par la séreuse.

M. Siredey, au contraire, prétend que la péritonite tuberculeuse, surtout lorsqu'elle est généralisée, se termine habituellement par la mort ; non pas à cause de la lésion péritonéale, mais à cause des lésions concomitantes qui existent presque toujours, quoiqu'elles passent généralement inaperçues, du côté des poumons, de l'intestin ou des méninges.

Enfin, d'après M. le professeur Dieulafoy, la mort est la règle dans la péritonite tuberculeuse, mais on peut et on doit cependant espérer la guérison, toutes les fois que les poumons sont indemnes ou tout au moins à peine touchés.

Les auteurs précédents tiennent surtout un grand compte, au point de vue du pronostic, des lésions viscérales concomitantes.

Il convient aussi de tenir compte des différentes formes de la péritonite tuberculeuse, car ces formes ont aussi quelque influence sur l'issue plus ou moins favorable de l'affection qui nous occupe.

Fernet dans son travail sur les formes malignes de la tuberculose pleuro-péritonéale prétend et affirme que la péritonite tuberculeuse, de même que la pleurésie, guérit souvent lorsqu'elle a une évolution lente.

Suivant Delpeuch, il convient de distinguer une forme précoce, qui guérit souvent sans récurrence, et une forme tardive, qui est généralement suivie de tuberculose pulmonaire rapidement fatale.

Pour Rilliet et Barthez, ainsi que pour Picot et d'Espine, la tuberculisation du péritoine aboutit à peu près toujours à la mort. Quant à Henoeh, il va encore plus loin, et dit que les péritonites tuberculeuses qui guérissent ne sont certainement pas des péritonites tuberculeuses, mais simplement des péritonites chroniques simples.

Bouillaud après avoir distingué 3 formes différentes de péritonite tuberculeuse (forme miliaire aiguë, forme ulcéreuse et forme fibreuse); conclut que la dernière de ces formes comporte un pronostic relativement favorable, tandis que la première est toujours fatale; et la seconde très redoutable.

Dans ses remarquables leçons de clinique médicale, Peter nous semble donner la note juste, lorsqu'il écrit :

« La tuberculose aiguë de la plèvre et du péritoine a une marche rapide; elle évolue habituellement dans l'espace d'un mois, et sa terminaison est presque toujours mortelle. En somme le pronostic est grave pour la tendance de l'affection à se généraliser, par ses poussées successives et ses récidives, enfin par une marche aiguë qui ne donne pas aux moyens thérapeutiques le temps d'agir.

« La tuberculose ulcéreuse est une affection toujours redoutable, non seulement par la cachexie qui en est la conséquence, mais encore par les nombreuses complications auxquelles elle expose le malade. Le pronostic ne se présente sous un aspect plus favorable que dans quelques épanchements enkystés du péritoine. Ces épanchements pourront rester longtemps stationnaires, ou être traités efficacement s'ils s'ouvrent au dehors.

« Quant à la forme fibreuse, tout dans ses symptômes indique la tendance qu'ont ses lésions vers un processus réparateur ».

Cependant, dans ce dernier cas, il n'est pas très rare de voir la phlegmasia tourner à l'hydropisie et déterminer la mort par une sorte d'anasarque généralisée. Plus fréquemment encore la forme fibreuse continuant à évoluer, détermine une rétention de l'intestin qui peut aboutir à l'occlusion intestinale par suite d'une coudure ou d'une diminution de calibre du conduit intestinal. Quant à la tuberculose

pulmonaire, il est absolument exceptionnel qu'elle complique cette forme.

Pic, dans son excellente thèse réunit 67 cas de péritonite, tuberculeuse recueillis à l'hôpital de la Charité de Lyon et relatifs à des petites filles de moins de 15 ans et non réglées. Or, sur ces 67 cas traités médicalement ; il y a eu 27 décès, 5 aggravations, 11 états stationnaires, 21 améliorations et 3 guérisons, de telle sorte, dit Pic, que si l'on additionne ensemble les décès, les aggravations, et quelques états stationnaires, on arrive à cette conclusion que chez les enfants au-dessous de 15 ans, il y a au moins 50 0/0 de mortalité, 4 0/0 seulement de guérisons certaines, 39 0/0 d'amélioration, et 14 0/0 de cas dont l'issue est très douteuse.

D'après la statistique de Pic, les formes miliaires aiguës ont toujours abouti à la mort.

Sur 19 cas de forme ulcéreuse sèche, il y a eu 9 décès, 1 aggravation, 5 états stationnaires et 4 améliorations. Pas de guérison définitive.

Sur 17 cas de forme ulcéreuse suppurée, il y a eu 12 morts, 2 aggravations, un état stationnaire, 2 améliorations. Pas de guérison définitive.

Sur 7 cas de forme fibreuse sèche, il y a eu 1 mort, 2 états stationnaires, 3 améliorations et 1 guérison.

Enfin sur 31 cas de forme ascitique, il y a eu 3 morts, 1 aggravation, 3 états stationnaires, 12 améliorations et 12 guérisons définitives.

En résumé d'après cette statistique, chez les jeunes gens au-dessous de 15 ans, la mortalité est :

Dans la forme grannulique 100 0/0.

Dans la forme ulcéreuse, 66 0/0 dont 52,5 0/0 pour la forme sèche, 82.37 0/0 pour la forme suppurée.

Dans la forme fibreuse, 17,8 0/0, dont 14,28 0/0 pour la forme sèche et 19,05 0/0 pour la forme ascitique.

La statistique de Pic en ce qui concerne les péritonites tuberculeuses de l'adulte, sont beaucoup moins significatives parce qu'elles sont fondées sur un petit nombre de cas.

Toutefois, d'après cette statistique, la forme miliaire aiguë aboutit à la mort 100 fois sur 100. La forme ulcéreuse sèche ou suppurée, ne guérit presque jamais. La forme fibreuse sèche guérit quelquefois et est améliorée souvent. Enfin la forme ascitique guérit dans la proportion de 5,88 0/0 et est améliorée dans la proportion de 11,76 0/0.

Enfin d'après la statistique publiée par Boulland dans sa thèse, chez l'adulte la mortalité dans la péritonite tuberculeuse non opérée s'élève à plus de 65 0/0. Elle atteint :

100 0/0 dans la forme miliaire ;

90 0/0 dans la forme ulcéreuse ;

50,87 0/0 dans la forme fibreuse.

PRONOSTIC DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Traitée par la laparotomie

(D'après les principales statistiques publiées jusqu'à ce jour)

La première statistique de péritonites tuberculeuses traitées par laparotomie, est due à Truc (Thèse d'agrégation, Paris 1886). Cette statistique était bien maigre, puisqu'elle ne portait que sur 11 cas, dont 2 décès et 9 succès. De plus les observations recueillies, manquaient de précision. Il était donc impossible, d'établir d'après ces 11 cas, un pourcentage quelque peu sérieux.

L'année suivante, au XVI^e Congrès des chirurgiens allemands Kummel, de Hambourg, publiait une statistique de 28 cas avec 2 morts seulement, et concluait en faveur de l'intervention dans la plupart des péritonites tuberculeuses.

A la même époque, Andry réunissait dans le *Lyon médical* (1887) : 63 observations avec 8 morts.

Mais le premier travail vraiment sérieux qui parut en France à ce sujet, fut la thèse de Maurange (Paris 1889). Dans cette excellente thèse, l'auteur réunissait 91 opérations de péritonites tuberculeuses : avec 6 décès post-opératoires et 7 décès par généralisation. D'après cette statistique très sérieuse, il y avait donc eu guérison, ou tout au moins amélioration notable dans 83,09 0/0 des cas opérés.

Au Congrès de Berlin (1890), König de Göttingen, dans un mémoire sur le traitement chirurgical de la péritonite

tuberculeuse, relevait 131 cas traités par la laparotomie avec 84 guérisons ou améliorations très notables ; ce qui donnait non pas une moyenne de 82 0/0 de guérison, comme le prétendaient certains auteurs (1) d'après ses statistiques ; mais seulement une moyenne de 65 0/0 à peine.

Dans son excellente thèse (Lyon 1890), Pic parvient à réunir 138 cas de péritonites tuberculeuses opérées, et conclut à une moyenne de 77,61 0/0 de guérison ou d'amélioration. La statistique de Pic est de beaucoup la plus sérieuse et la plus importante des statistiques parues jusqu'alors, non pas tant à cause du chiffre élevé des cas réunis, qu'à cause de l'analyse rigoureuse d'un certain nombre d'observations complètes et classées, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors, d'après les formes de la péritonite tuberculeuse.

Les observations très complètes, sur lesquelles Pic se fonde surtout pour tirer des conclusions sont au nombre de 38.

Parmi ces 38 observations, il n'y en a pas une seule relative à la forme miliaire aiguë, car elles se décomposent en 8 observations de forme ulcéreuse, et 30 observations de forme fibreuse.

Parmi les 8 cas de forme ulcéreuse, dans 2 cas il s'agissait de la variété sèche, et dans les 6 autres cas de la variété suppurée.

Les 2 cas de la variété sèche se sont tous deux terminés par la mort qui dans l'un des cas est survenue après l'opération, et qui dans l'autre cas a eu lieu par généralisation de la tuberculose au bout de quelques jours.

Sur les 6 cas de la variété suppurée, il y a eu 3 morts post-opératoires et 3 survies. Malheureusement cette survie

(1) Voir BRUHL. *Gaz. des hôpitaux*, 25 octobre 1890.

n'a pu être précisée par l'auteur, elle avait au moins persisté pendant plusieurs mois ; c'est tout ce qu'on en sait.

Quant aux 30 cas de la forme fibreuse, Pic les répartit de la façon suivante :

3 cas de la variété sèche ;

18 cas de la variété ascitique généralisée ;

9 cas de la variété ascitique enkystée,

Dans les 3 cas de la variété sèche, il y a eu survie. Cette survie a dépassé 6 mois dans l'un des cas, elle n'est pas précisée pour les deux autres.

Parmi les 18 cas de la variété ascitique généralisée, il y a eu :

2 morts post-opératoires ;

3 morts par généralisation ;

5 survies d'une durée non précisée ;

3 survies au-delà de 6 mois ;

4 survies au-delà d'un an ;

1 récidive.

Enfin parmi les 9 cas de la variété ascitique enkystée, il y a eu :

3 survies non précisées ;

1 survie constatée plus de 6 mois ;

4 survies constatées plus d'un an ;

1 récidive.

En résumé, sur les 38 cas que nous venons de détailler, il y a eu en tout :

6 morts post-opératoires ;

4 morts par généralisation ;

14 survies d'une durée non précisée ;

5 survies d'au moins 6 mois ;

8 survies d'au moins un an ;

2 récidives.

Ce qui donne comme guérison ou amélioration, une moyenne d'au moins 77 0/0.

Au Congrès de Moscou (août 1897) ; Winckil dans un excellent rapport, rappelait quelques statistiques récentes, en particulier celles de Rorsch et de Marganici.

La statistique de Rorsch, qui a paru dans la *Revue de chirurgie* de 1893, porte sur 332 cas dans lesquels il y eut 83 morts et 249 guérisons.

La mort survint :

20 fois après l'opération ;

10 fois par péritonite septique ;

53 fois tardivement par généralisation ou tuberculose pulmonaire.

Parmi les 249 guérisons :

118 furent observées plus de 6 mois ;

78 furent observées plus d'un an ;

53 furent observées plus de 2 ans.

D'après cette formidable statistique, il y aurait eu une moyenne de guérison de 70 0/0.

La statistique de Marganica publiée dans la *Revue de la société de Chirurgie italienne*, est beaucoup plus favorable que la précédente, car en établissant d'après elle un pourcentage on arrive à une moyenne de guérison de 83 0/0 ; avec 15 0/0 de mortalité seulement.

Nous ne signalerons que pour mémoire les résultats un peu trop extraordinaires observés par Braschet (thèse de Lyon, 1898) à la suite de laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, Braschet a en effet recueilli 7 cas variés de péritonites tuberculeuses opérés tous avec succès, voire même un cas de forme miliaire aiguë. L'auteur en conclut un peu légèrement, il nous semble, qu'il faut intervenir dans toutes les formes de péritonite bacillaire.

Enfin sur les 8 cas inédits que nous avons recueillis, il

n'y a eu comme nous le verrons tout à l'heure, qu'un décès post-opératoire, dû à la complexité et à la longue durée de l'opération. Dans un autre cas non seulement la malade n'a pas tiré profit de l'intervention mais encore celle-ci semble avoir hâté le développement d'une tuberculose pulmonaire persistante, quant aux 6 autres cas, ils ont tous guéri ou ont été améliorés dans des proportions notables.

MANIÈRE DONT AGIT LA LAPARATOMIE

Nombreuses sont les différentes hypothèses qui ont été émises au sujet du mode d'action de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse. Nous nous contenterons seulement de passer en revue les plus sérieuses, et nous insisterons particulièrement sur celles qui nous semblent le plus probables.

D'après Cabot, l'exsudat péritonéal d'une part agit comme irritant par la pression qu'il exerce ; d'autre part il constitue, par sa composition propre, un excellent milieu de culture très favorable au bacille de Koch. Par l'évacuation de ce liquide, on supprime donc une cause d'irritation pour le péritoine et un milieu nutritif propice au développement des bacilles. Ce n'est pas tout, la tuberculose péritonéale étant une tuberculose de surface il est possible par un bon lavage antiseptique de balayer en quelque sorte une partie des granulations, quant à celles qui resteront, elle ne tarderont pas à être étouffées par les adhérences qui se forment vite après le lavage du péritoine par des liquides antiseptiques.

« Il est possible, dit Cameron de Huddersfield, que l'action curative de la laparotomie s'obtienne en enlevant les ptomaines qui résultent de l'évolution du bacille dans la tuberculose, accumulé dans le liquide ascitique, et dont l'absorption favorise indubitablement la propagation de la maladie dans d'autres organes ».

Suivant Van de Wacker (1) la laparotomie agit en favo-

(1) Van de Wacker. *Amer. Journ. of obstétrical*, 1887.

risant l'encapsulation, la transformation fibreuse ou la calcification du tubercule ».

Suivant Weinstein, en ouvrant le ventre, non seulement on évacue le liquide, mais encore et surtout on détermine une inflammation péritonéale adhésive qui oblitère les vaisseaux et par suite empêche la reproduction de l'exsudat.

Suivant Maurange, l'intervention chirurgicale ne peut que hâter la régression naturelle de la péritonite tuberculeuse en évacuant d'un seul coup le liquide péritonéal qui sans l'intervention serait lentement résorbé.

Suivant Vierordt la laparotomie agit surtout en supprimant l'ascite. De la sorte, non seulement on fait cesser la gêne respiratoire et circulatoire ; mais encore on met un terme à une sorte d'auto-intoxication qui résulte de la rétention momentanée du contenu intestinal par suite de la poussée des parois de l'intestin.

Kœnig, comme Van de Wacker ; prétend que dans un grand nombre de cas, l'intervention agit en hâtant la transformation fibreuse des lésions péritonéales. Mais il ajoute que très souvent le mécanisme de la guérison est absolument inexplicable.

Accherelli soutient une opinion analogue à la précédente opinion, fondée sur une observation suivante qu'il publia au Congrès de Bologne.

L'auteur pratiquant la laparotomie chez une malade atteinte de péritonite tuberculeuse, constata nettement l'existence sur le péritoine de granulations et de tubercules. Le liquide s'étant reproduit, le chirurgien italien n'hésita pas à pratiquer une seconde laparotomie, et constata alors l'existence d'un grand nombre d'adhérences nouvellement formées qui étouffaient en quelque sorte les tubercules déjà très diminués de volume et les granulations en grande partie disparues.

M. Brühl (1) dans son excellente revue générale considère la péritonite tuberculeuse, comme une simple tuberculose locale rarement compliquée quoique l'ait prétendu Godelier, de lésions pleurales. La péritonite tuberculeuse doit donc être traitée comme les autres tuberculoses locales, ne particulier comme les synovites fongueuses. Comme Trabaud, Brühl admet que les lésions péritonéales bacillaires sont en général très superficielles, et qu'elles peuvent être facilement influencées par le frottement avec des compresses stérilisées, et par des lavages antiseptiques ou même simplement aseptiques. D'ailleurs, la péritonite tuberculeuse tend à guérir spontanément, car dit Brühl « le processus nutritif engendré par le tubercule lui-même peut obturer les lymphatiques de la séreuse et diminuer ou retarder les chances d'une infection générale ».

Enfin, dans sa thèse, Pic cherchant à se rendre compte du mode d'action de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse ascitique, conclut de la façon suivante :

1° La laparatomie pare aux dangers immédiats de l'ascite *gène respiratoire*, (dyspnée, congestion pulmonaire, hydrothorax par propagation), *gène circulatoire* (compression des veines caves, œdème des membres inférieurs, quelquefois phlegmatia alba dolens, compression des veines rénales et albuminurie congestive, thrombose veineuse, peut être cardiaque ; danger de syncope). Compression du tube digestif (anorexie, constipation, phénomène d'auto-intoxication). Pour quelques auteurs, la laparatomie en évacuant l'ascite, éliminerait un véritable bouillon de culture.

« 2° L'intervention chirurgicale empêche en général l'ascite de se reproduire ; déjà par les moyens précédents,

(1) BRÜHL, *loc. citato*.

elle a donné à l'organisme la force de lutter contre les infections ; mais en outre elle stimule directement le processus fibro-formatif curateur » (1).

(1) PIC, Thèse de Lyon, 1890-1891.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Dans sa thèse d'agrégation de 1886, Truc, après avoir considéré les 11 cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparatomie qu'il avait réunis, aboutissait aux conclusions suivantes :

1° La forme miliaire véritable granulée péritonéale est **au-dessus des ressources de l'art.**

2° La forme pseudo-membraneuse, qui détermine parfois des accidents d'occlusions intestinales, n'autorise pas davantage en dehors de ces accidents, l'action du chirurgien.

3° La forme avec l'épanchement est seule susceptible d'un traitement opératoire. Si l'épanchement est séreux, il devra être traité par les ponctions, jamais par la laparatomie. Si l'épanchement est purulent, la laparatomie est indiquée. Cependant, même dans ce dernier cas, quand il y a enkystement, il est encore possible de recourir à la ponction aspiratoire suivie de l'injection d'éther iodoformé.

A la même époque Lawson Tait, en Allemagne, se montrait beaucoup plus partisan de la laparatomie : dans la péritonite tuberculeuse, et écrivait à Truc les lignes suivantes :

« Toutes les fois que je suis en présence d'une péritonite localisée ou généralisée, quelle qu'en soit la cause, j'ouvre et je me conduis suivant les données fournies par l'examen direct ».

Schwarz dans un excellent mémoire publié in *Wiener Medic. Wochens.* (1887 n° 137), aboutissait à des conclusions analogues.

Au XXVI^e Congrès allemand de Chirurgie, Pribram de Prague, après avoir examiné les principales statistiques parues jusqu'alors, concluait qu'en dehors de la forme miliaire, la péritonite tuberculeuse était justiciable de la laparatomie, dans les cas de diagnostic sûr comme dans les cas de diagnostic douteux.

Pribram ne rejetait l'intervention chirurgicale que lorsque le malade présentait en dehors des lésions péritonéales, des symptômes de tuberculose pulmonaire accentuée ou d'ulcérations intestinales.

Dans le *Lyon médical* — de 1887, Audry après avoir publié une statistique de 63 observations avec 8 morts, écrivait qu'il existait trois indications opératoires absolues, savoir : l'occlusion intestinale, la suppuration et la nécessité d'une incision explorative dans les cas douteux. En dehors de ces trois indications absolues, on pourra toujours, disait Audry, essayer pendant quelque temps le traitement médical.

Suivant Maurange (Th. Paris. 1889), il ne faut jamais intervenir ni dans la forme miliaire qui tue toujours, ni dans la forme fibreuse, qui presque toujours guérit ou reste bénigne. Dans les autres formes, l'indication opératoire existe, mais n'existe que lorsque l'état général s'aggrave, ou que la généralisation menace de se faire. « Ce sont, dit Maurange, bien plutôt les symptômes généraux que les symptômes locaux qui doivent guider notre conduite ».

Heydenreich, dans un article publié par lui dans la *Semaine Médicale* (1880, p. 473); admet que l'influence de la laparotomie est indiscutable dans un grand nombre de

cas de péritonites tuberculeuses. Toutefois, suivant cet auteur, l'intervention n'est formellement indiquée que dans les cas où l'épanchement séreux ou purulent est bien circonscrit : quant à la forme ascitique généralisée, elle ne serait pas plus que la forme miliaire aiguë, justiciable de la laparotomie.

Au Congrès français de Chirurgie d'octobre 1889, la question du traitement des péritonites tuberculeuses fut mise à l'ordre du jour, et la plupart des auteurs présents conclurent en faveur de la laparotomie dans la grande majorité des cas. Toutefois, à ce Congrès, les différents orateurs qui prirent la parole, ne se préoccupèrent pas de poser avec précision les indications et les contre-indications du traitement chirurgical.

Dans une discussion à la Société Médicale de Berlin (octobre 1889), Vierordt affirmait : que dans la plus grande partie des cas opérés, immédiatement après la laparotomie, il s'était produit une amélioration très notable, voire même un rétablissement complet. Suivant cet auteur, l'expérience prouvait que le chirurgien ne devait pas reculer devant des phénomènes fébriles, même très marqués, ou devant une tuberculose peu avancée des poumons ou des organes génitaux. En revanche, les lésions intestinales devaient être prises en grande considération, car un assez grand nombre de faits tendaient à démontrer, que lorsque ces lésions coexistaient avec les lésions péritonéales, l'intervention, lorsqu'elle ne tuait pas d'emblée le malade, hâtait toujours singulièrement le dénouement fatal.

L'année suivante, au Congrès de Berlin (1890), Kœnig de Göttingen, publiant la statistique dont nous avons déjà parlé conseillait la laparotomie dans toutes les formes de péritonite tuberculeuse, sauf dans la forme miliaire aiguë et dans les cas de cachexie trop avancée. Prochownick, de

Hambourg au contraire et Czerny, s'appuyant sur une série de faits personnels malheureux, proclamèrent, mais sans être écoutés, que la laparotomie n'avait d'influence que dans les cas de péritonite chronique non tuberculeuse.

En France, jusqu'alors, l'intervention chirurgicale n'était guère admise que dans la forme ascitique; or deux très belles observations, l'une de M. Terrillon (*Semaine médicale*, 15 octobre 1890), et l'autre de M. Jacobs (*La Clinique de Bruxelles*, avril 1890); vinrent démontrer que la forme fibreuse ascite elle aussi, pourrait être très favorablement influencée par la laparotomie. C'est pourquoi, à la même époque, Brühl, dans sa Revue générale (*Gazette des hôpitaux*, 25 octobre 1890) tout en proposant, suivant les cas, l'ouverture du ventre ou la simple ponction, pour les formes ascitiques, préconisait d'une manière formelle l'intervention chirurgicale dans les formes fibreuses sèches.

À ce moment le professeur Debove s'appuyant sur un cas favorable, conseillait dans les ascites tuberculeuses, la ponction suivie de l'injection d'un liquide faiblement antiseptique ou même simplement aseptique. Malgré l'observation très concluante publiée par le professeur Debove, cette nouvelle méthode thérapeutique fut très sévèrement appréciée.

« La ponction à l'heure actuelle, disait le professeur Poncet, de Lyon, ne peut être considérée comme une opération, tout juste comme un moyen d'exploration. C'est un moyen thérapeutique aveugle par lequel on ne peut se rendre compte la plupart du temps, de la nature de la lésion, de ses caractères, de son étendue, ni d'autre part du mode d'action que l'on utilise. La ponction dite exploratoire ne trouve même pas grâce devant nous. C'est en effet un moyen relativement aveugle, et qui ne saurait plus être mis en parallèle avec l'incision de telle ou telle dimension, quoique

cette dernière offre toute espèce d'avantages et ne présente pas plus de dangers que la ponction, l'une et l'autre exploration ne trouvant leur innocuité que dans une aseptie parfaite. Du reste cette chirurgie aveugle a fait son temps ; elle avait sa raison d'être à l'époque où le chirurgien ouvrait la porte dans ses interventions à toute espèce de complications ; il lui semblait alors non sans quelque apparence de raison ; que plus la perte était petite, et moins nombreuses étaient les chances d'infection » (1).

M. Pontevès disait dans le même sens ! « La ponction suivie de lavage est un moyen aveugle ; le chirurgien ne sait pas bien ce qu'il fait ; tout au plus pourrait-on l'employer dans le cas où l'on a à traiter une petite poche bien limitée, et encore est-ce un procédé bien infidèle » (2).

Pic dans son excellente Thèse, aboutit aux conclusions suivantes :

Dans la forme ascitique généralisée ou enkystée, il faut intervenir sauf dans les cas où existent soit des phénomènes fébriles, soit des symptômes d'obstructions intestinales ou de tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Dans la forme fibreuse sèche, la laparotomie n'est formellement indiquée que dans le cas d'occlusion intestinale. En dehors de cette complication on peut aussi intervenir, mais à la condition qu'il n'y ait pas de fièvre et que les lésions pulmonaires et intestinales manquent. D'ailleurs malgré les belles observations publiées par Terrillon, Jacobs, et le professeur Poncet, Pic, ne semble avoir qu'une très médiocre confiance dans l'efficacité de la laparotomie pour la forme fibreuse sèche. En somme, sauf le cas d'occlusion intestinale, il vaudrait mieux s'abstenir.

(1) PONCET. Leçon clinique inédite recueillie par Pic dans sa thèse.

(2) PONTEVÈS, *loc. citato*.

Dans la forme ulcéreuse, l'intervention n'est indiquée que quand il existe des symptômes évidents de suppuration ou de perforation intestinale.

La forme miliaire aiguë ne doit jamais être opérée.

Enfin la laparotomie peut et doit être pratiquée rapidement dans tous les cas douteux, sauf quand il existe une cachexie trop prononcée.

Nous ne ferons que signaler en passant les conclusions de la Thèse de Braschet (Lyon, 1897-1898) fondée sur huit observations inédites et qui se résument à ceci :

Intervenir dans tous les cas même dans le cas de forme miliaire aiguë. Cette conclusion nous étonne et nous ne pouvons nous empêcher de faire quelques réserves sur la forme miliaire de ces cas de péritonite tuberculeuse traités et guéris par la laparotomie.

Quant à nous, nous fondant sur l'analyse des quelques observations que nous avons recueillies à la fin de cette thèse, et surtout sur l'examen des différentes statistiques publiées jusqu'à aujourd'hui, nous croyons pouvoir admettre :

Que la laparotomie est absolument contre-indiquée dans tous les cas de forme miliaire aiguë, qu'elle est au contraire indiquée d'une manière précoce dans la forme ascitique généralisée ou enkystée, et dans la forme fibreuse sèche à moins que les malades ne soient trop cachectiques et ne présentent des symptômes inquiétants de tuberculose intestinale ; quant aux phénomènes fébriles, ils ne doivent pas constituer un obstacle à l'intervention puisque celle-ci les fait souvent tomber. La tuberculose pulmonaire, ne doit pas davantage arrêter le chirurgien, tant qu'elle n'est pas franchement à la 2^e période. Toutefois dans ce dernier cas ainsi que dans le cas de fièvre, il faudra avoir soin de faire une intervention aussi simple et aussi rapide que possible.

Dans la forme ulcéreuse, nous croyons avec Pic que la laparotomie n'est indiquée que dans le cas de suppuration secondaire ou de suppuration intestinale.

Enfin, quand le diagnostic est incertain, il est de toute nécessité, sauf dans le cas de trop grande cachexie, d'intervenir de bonne heure, et de régler sa conduite d'après les lésions que l'on constate à l'ouverture du ventre.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous n'avons nullement la prétention de décrire ici tout au long le manuel opératoire de la laparotomie. Nous serons au contraire très bref car nous voulons seulement insister sur quelques détails spéciaux à la laparotomie dans les différentes formes de la péritonite tuberculeuse.

D'une manière générale l'intervention devra être aussi simple et aussi rapide que possible pour ne pas affaiblir le malade, et hâter ainsi le développement d'une tuberculose pulmonaire ou intestinale concomitante.

C'est ainsi que dans la forme ascitique on se bornera à l'évacuation du liquide suivie ou non d'un lavage aseptique ou très légèrement antiseptique.

S'il existe en même temps que la tuberculose péritonéale une autre affection abdominale telle qu'un fibrome, un kyste de l'ovaire, une salpingite, etc., on ne s'occupera de cette affection que lorsqu'elle déterminera des accidents redoutables, car on peut observer une mort opératoire comme dans notre observation VII.

Dans la forme fibreuse on se bornera à ouvrir le ventre et à rompre quelques adhérences avec la plus grande prudence afin d'éviter d'ouvrir l'intestin ou de déchirer des vaisseaux.

Dans le cas où cette forme s'accompagnera d'occlusion intestinale il faudra d'abord essayer de lever l'obstacle ; mais il ne faudra pas s'attarder à cette tentative, et pour

peu qu'on la juge inquiétante, on fera bien de pratiquer d'emblée un anus contre nature.

On ne drainera la plaie abdominale que quand on y sera contraint, dans le cas de suppuration par exemple, car chez les malades atteints de tuberculose péritonéale, toute plaie drainée aboutit presque fatalement à une fistule interminable.

Enfin, dans certains cas de pelvi-péritonite tuberculeuse ascitique, où la collection liquide fera franchement saillie dans le cul-de-sac de Douglas, on pourra avantageusement recourir à l'ouverture de ce cul-de-sac, qui assurera l'écoulement complet du liquide et permettra de faire un excellent drainage vaginal. C'est le procédé décrit par Bouchet dans sa thèse, sous le nom de laparotomie vaginale de M. Condamine de Lyon. Ce procédé est d'ailleurs le plus souvent inapplicable quand il fait suite à des lésions annexielles ; car celles-ci ne peuvent être alors enlevées sûrement et complètement que par la laparotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1) (inédite).

*Péritonite tuberculeuse forme ascitique. — Laparotomie. —
Guérison complète.*

La nommée Marie L..., âgée de 48 ans, couturière, entre à l'hospice d'Ivry ; service du docteur Michaux, au mois d'avril 1896, pour des douleurs de ventre, et parce qu'elle tousse.

Antécédents héréditaires. — Père mort probablement bacillaire.

Mère bien portante.

Deux sœurs bien portantes.

A perdu plusieurs frères et sœurs, en bas âge de méningite.

Antécédents personnels. — Marie L..., a toujours été faible. Dans son enfance, elle a eu plusieurs fièvres dont elle ne se rappelle pas le nom.

Elle a été réglée à 13 ans, mais ses règles ont toujours été irrégulières, peu abondantes et très douloureuses.

Il y a deux ans, c'est-à-dire à l'âge de 46 ans, son ventre a grossi très rapidement, et est devenu très douloureux. En même temps la malade a eu de la fièvre et des vomissements très abondants, et des alternatives de diarrhée et de constipation. Après s'être soignée pendant un mois chez elle ; elle s'est décidée sur le conseil de son médecin à entrer à l'asile des jeunes filles tuberculeuses de Villequinte, où elle resta quelques semaines, et d'où on l'envoya à l'hôpital Saint-Michel, dans le service du docteur Michaux.

Après l'avoir tenue en observation pendant une quinzaine de jours, sans constater d'amélioration notable, on se décida à l'opérer.

(1) Observation recueillie par M Hivet, interne des Hôpitaux.

M. le docteur Michaux fit la laparotomie, et vida la cavité péritonéale du liquide abondant qu'elle contenait, rompit quelques adhérences, fit un lavage à l'eau bouillie, et sutura les parois abdominales sans drainer.

Les jours suivants, la malade eut, paraît-il, une assez forte fièvre ; mais celle-ci tomba au bout d'une huitaine de jours, et à partir de ce moment tout marcha pour le mieux. Au bout de cinq semaines environ, Marie L..., sortait de l'Hôpital.

Après deux ou trois mois de séjour à la campagne, complètement rétablie, la patiente revint à Paris, et reprit son métier de couturière. Pendant un an à peu près, tout alla bien ; à part les règles qui étaient toujours extrêmement douloureuses. Malheureusement dans l'hiver 1896-97, la malade contracta une bronchite qu'elle dédaigna de soigner et qui dès lors ne la quitta pas.

De plus, à partir du mois de février 1897, elle recommença à éprouver des douleurs sourdes dans le bas-ventre, en même temps qu'elle avait de nouveau des alternatives de diarrhée et de constipation. Elle cessa alors son travail et essaya d'abord de se soigner chez elle. Au bout d'un mois, se sentant non pas améliorée, mais encore plus mal, elle revint trouver le docteur Michaux à l'hospice d'Ivry, où elle fut admise aussitôt.

Examen à l'entrée.

La malade est pâle, amaigrie : ses yeux sont excavés, ses traits tirés.

Le ventre semble un peu ballonné. La peau est lisse, parcourue par des veines non dilatées.

La palpation abdominale révèle partout une douleur sourde, mais cette douleur est plus forte au niveau du bas-ventre, et du côté droit. A ce niveau, il semble exister un peu d'empâtement. La malade est d'ailleurs très difficile à examiner, car elle est très nerveuse, et contracte constamment les muscles abdominaux.

A la percussion on ne constate nulle part de zone nette de matité. Il n'y a donc pas vraisemblablement d'ascite.

Appareil digestif. — Pas d'appétit. Digestions mauvaises.

Nausées fréquentes, mais pas de vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Appareil respiratoire. — Marie L..., tousse peu dans la journée, mais elle a des quintes terribles le matin et le soir. Il y a quinze jours, elle prétend avoir craché des filets de sang, ses crachats très abondants, ne présentent cependant rien de caractéristique.

L'auscultation révèle l'existence de râles sibilants disséminés dans toute la poitrine. De plus la respiration est très rude au niveau des deux sommets, mais surtout au sommet gauche, où on entend en même temps quelques craquements.

D'ailleurs la percussion qui ne révèle qu'une simple élévation de tonalité au niveau du sommet droit, en avant et en arrière, dénote au contraire l'existence d'une submatité très nette, au niveau du sommet gauche et en avant. A ce niveau, la pression est très douloureuse, et arrache des cris à la malade.

Appareil circulatoire. — Palpitations fréquentes.

A l'auscultation, on entend des bruits précipités, mais normaux.

Fièvre légère tous les soirs, transpiration très abondante la nuit.

Rien de particulier à signaler du côté des autres appareils, en particulier du côté des organes génitaux, malgré les menstruations irrégulières et douloureuses.

La malade est mise au repos absolu, avec de la glace sur le ventre, et pendant quelques jours, elle est simplement nourrie avec des aliments liquides. En même temps, on applique de nombreuses pointes de feu, au niveau du sommet gauche, et on joint une potion calmante pour la toux.

Sous l'influence de ce simple traitement médical, les différents symptômes que nous avons énumérés tout à l'heure, s'atténuent et finissent par disparaître complètement au bout de trois semaines environ.

A partir de ce moment on ordonne à la malade l'huile de foie de morue à haute dose (environ 120 grammes par jour), et la créosote sous forme de pilules du professeur Bouchard (10 à 12 pilules par jour). Ces médicaments très bien supportés donnent des résultats merveilleux, car au bout d'un mois, Marie L. . avait augmenté de 3 à 4 kilos.

Malheureusement elle retombe malade à ce moment. Cette fois elle ne tousse pas ; mais elle vomit et elle souffre de nouveau du ventre, en même temps que la diarrhée la reprend. On prescrit le même traitement que la première fois, c'est-à-dire le repos absolu au lit, glace sur le ventre et alimentation liquide.

Cette nouvelle poussée se calme assez rapidement, car au bout de quinze jours, la malade ne se plaint plus de rien et reprend le traitement à l'huile de foie de morue et à la créosote.

Cette fois tout va pour le mieux, l'appétit revient, les forces augmentent, les fonctions digestives se régularisent, et la toux disparaît com-

plètement. Bref, la malade ne tarde pas à quitter l'Hôpital en parfaite santé, après trois mois à peine de séjour.

Depuis, Marie L... a continué toujours à bien se soigner, se reposant quand elle se sentait fatiguée, et prenant chaque hiver de l'huile de foie de morue, et de la créosote.

Grâce à ces précautions, elle n'est jamais retombée malade. Nous l'avons revue tout dernièrement à la fin de mars; elle se rendait à son travail, et se portait aussi bien que possible.

OBSERVATION II (1) (inédite).

Péritonite tuberculeuse forme probablement ascitique. — Laparotomie. — Mort au bout de 4 ans de tuberculose pulmonaire. — Autopsie. — Pas de lésions péritonéales.

Le nommé Henri L..., âgé de 25 ans, entre le 10 septembre 1897, à l'hôpital de la Pitié, salle Berger, lit n° 15, dans le service de M. le docteur André Petit, alors remplacé par M. le docteur Thiroloix.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Frère âgé de 30 ans et une sœur âgée de 28 ans, également très bien portants.

Antécédents personnels. — A été très bien portant dans son enfance, malgré une fièvre typhoïde, qu'il a eu à l'âge de 10 ans.

De 14 à 18 ans, il a été garçon de bureau. A partir de 18 ans, trouvant qu'il ne gagnait pas assez d'argent, Henri L..., s'est mis garçon de café. Ce dernier jusqu'alors très sobre, s'est alors mis à contracter des habitudes d'intempérance, buvant en moyenne trois à quatre absinthes par jour; en même temps qu'il commettait des excès vénériens.

Grâce à ces excès et aussi, au rude travail qu'il était obligé d'accomplir et qui le forçait à rester debout chaque jour, jusqu'à deux heures du matin, L..., ne tarda pas à perdre l'excellente santé dont il jouissait jusqu'alors.

Au bout d'un an, il eut une pleurésie, qui l'obligea à abandonner son travail, pendant au moins trois mois, et pour laquelle il fut soigné à l'Hôtel-Dieu.

(1) Observation recueillie par M. Hivet, interne des Hôpitaux.

Malheureusement une fois guéri, il reprit son métier de garçon de café, et recommença exactement la même vie qu'autrefois ; c'est-à-dire, qu'il commit de nouveau des excès vénériens, et des excès de boisson.

Un an et demi environ après, c'est-à-dire à l'âge de 21 ans, L..., commença à souffrir du ventre ; en même temps que son abdomen se distendait peu à peu, des vomissements survenaient. Il n'avait plus alors ni appétit, ni forces ; et avait l'air tellement fatigué, qu'appelé à ce moment pour passer la revision, il fut réformé pour faiblesse de constitution.

Quoiqu'il en soit, pendant deux mois, le malade essaya de se soigner chez lui, mais n'éprouvant aucune amélioration, il se décida sur le conseil de son médecin à entrer à l'Hôpital Beaujon.

D'abord admis dans un service de médecine, L..., resta dans ce service pendant près d'un mois ; et fut, dit-il, simplement traité par des badigeonnages de collodion sur le ventre. Cependant celui-ci loin de diminuer de volume augmentait plutôt ; en même temps que les vomissements et la diarrhée persistaient. Il avait de plus chaque soir, un peu de fièvre.

On se décida alors, à le faire passer dans le service du docteur Lalhé.

Deux jours après on pratiqua la laparotomie, qui donna issue, à une grande quantité de liquide ; la cavité péritonéale fut ensuite lavée à l'eau bouillie, et le ventre fut refermé sans drainage.

Les détails précis sur l'opération nous manquent malheureusement ; mais il est fort probable, d'après les maigres renseignements que nous avons pu nous procurer, qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Quoiqu'il en soit, les suites opératoires furent parfaites, et au bout d'un mois, le malade quittait l'hôpital guéri, puisque la douleur et les troubles digestifs (vomissements, diarrhée) avaient disparu, et que son ventre, suivant sa propre expression, était complètement tombé.

Pendant un an environ, L... se reposa et vécut la plus grande partie du temps à la campagne, de sorte qu'il se porta d'abord très bien. Malheureusement Paris l'attirait toujours, et un beau jour, se croyant complètement guéri, il rentra dans la capitale, et reprit, non pas le métier de garçon de café, mais celui de garçon de bureau.

Depuis sa péritonite, il avait cessé de commettre des excès de toutes sortes. Il continua dit-il à rester tempérant, se nourrissant bien, se

couchant de bonne heure et évitant de faire tout ce qui pouvait le fatiguer.

Grâce à ces précautions, pendant 2 ans, L... continua à bien se porter ; bien qu'il n'ait jamais retrouvé son ancienne vigueur. Malheureusement dans l'hiver de 1896, il prit froid et contracta une forte bronchite qui l'obligea à suspendre son travail.

Cette bronchite dura jusqu'au printemps, et à ce moment le malade quitta Paris pour aller se remettre de nouveau à la campagne. Mais cette fois ses forces ne revinrent pas ; la toux qui avait d'abord cessé recommença, et de plus il eut presque coup sur coup deux hémoptysies très abondantes, si bien que lorsqu'il rentra à Paris, au commencement de juillet, il était beaucoup plus mal qu'à son départ.

Jusqu'au mois de septembre, L... essaya de se soigner chez lui ; mais après avoir dépensé ses économies, il constata qu'il allait de plus en plus mal, et il se décida à entrer enfin à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur André Petit, salle Rayet.

Examen à l'entrée. — Maigreur extrême. Facies d'un tuberculeux avancé. En effet l'auscultation révèle au niveau des deux sommets un souffle caverneux très net et des gargouillements. Crachats purulents. Fièvre hectique.

Quant au ventre, il semble normal, et n'est nullement douloureux. Peut-être constate-t-on seulement un peu d'empâtement au niveau de la partie inférieure.

Le malade meurt le 21 septembre.

Autopsie. — Cavernes tuberculeuses au sommet des deux poumons. Adhérences pleurales surtout de gauche à droite, probablement à cause de son ancienne pleurésie.

Rien au cœur.

Du côté de l'abdomen, absolument rien d'anormal ; sinon un péritoine pariétal épaissi, et quelques adhérences intestinales au niveau des fosses iliaques et dans l'excavation pelvienne. En somme presque pas de lésions péritonéales.

OBSERVATION III (inédite).

*Péritonite fibreuse sèche. — Laparotomie. — Guérison constatée
huit mois*

La nommée Angélique C..., âgée de 20 ans, domestique, entre à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 1, le 9 mars 1898, pour des douleurs de ventre. Elle est adressée au professeur Le Dentu, par son médecin, qui a fait successivement les diagnostics de kyste de l'ovaire et de péritonite tuberculeuse.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 56 ans, rhumatisant chronique.

Mère morte à 50 ans en toussant.

Un frère âgé de 25 ans, bien portant, trois sœurs âgées de 29 ans, 26 ans, et 14 ans, toutes très bien portantes. Une sœur morte à 18 ans, de cause inconnue, ne toussant pas.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, a simplement eu la rougeole à l'âge de 5 ou 6 ans. Réglée tardivement à l'âge de 16 ans et demi.

Règles normales régulières jusqu'au 15 novembre dernier, depuis cette époque n'a jamais eu ses règles; mais en revanche a eu d'abondantes pertes blanches, et quelques douleurs vagues, intermittentes, localisées d'abord au niveau des fosses iliaques, plus tard généralisées dans tout l'abdomen. Ces douleurs d'intensité variable, surviennent sous l'influence de grandes fatigues, où même sans cause apparente, et se calment généralement assez vite, par le repos.

Le ventre de la malade a commencé à grossir au mois de juillet dernier, et cette augmentation de volume s'est faite lentement irrégulièrement. Parfois même non seulement le ventre cessait de se développer, mais même il diminuait notablement.

Jusqu'au mois de novembre, la malade fut bien portante; mais à partir de cette époque elle commença à perdre l'appétit et à avoir des vomissements et des diarrhées très abondantes.

Jusqu'au mois de janvier 1899, le médecin traitant pensa à un kyste de l'ovaire, mais les symptômes alarmants que présentaient la malade

l'inquiétèrent, et il demanda une consultation avec le professeur Le Dentu.

M. le professeur Le Dentu examina Angélique C., vers le milieu de janvier 1899 et se prononça catégoriquement pour une péritonite tuberculeuse. Il conseilla d'abord d'essayer un traitement médical avant de recourir à la laparotomie. C'est ainsi qu'il prescrivit le repos au lit absolu, la suralimentation, l'huile de foie de morue et la créosote. Fait important, la malade *qui n'avait jamais toussé jusqu'alors*, eut à partir de cette époque une bronchite qui dura à peu près tout l'hiver.

Quoiqu'il en soit, la malade fut soigneusement suivie par son médecin pendant tout le mois de février, et le traitement institué de concert avec le professeur Le Dentu n'eut aucun résultat.

Le ventre diminua notablement de volume, jusqu'à reprendre presque ses dimensions normales, mais les symptômes fonctionnels persistèrent et même s'aggravèrent. Aussi le 9 mars, la malade se décida-t-elle, sur le conseil de son médecin, à entrer à l'hôpital Necker, salle Lenoir dans le service du professeur Le Dentu.

Examen à l'entrée. — L'état général semble bon, car la malade quoique un peu amaigrie, n'a pas l'air trop abattue.

Le ventre est légèrement augmenté de volume, surtout dans sa partie inférieure. La cicatrice ombilicale n'est pas déplacée; la peau d'aspect normal, présente quelques petites vergetures au niveau des fosses iliaques dues probablement à ce que l'abdomen a été autrefois considérablement distendu.

La palpation ne révèle pas de fluctuation, mais permet de constater l'existence d'une sorte de tumeur ovoïde, irrégulière, remontant jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic, et dont il est impossible d'apprécier la consistance; car elle est très douloureuse à la moindre pression, et la malade contracte ses muscles dès qu'on veut l'explorer.

En dehors de cette sorte de tumeur ovoïde, le reste du ventre est souple, à part peut-être les fosses iliaques qui sont très sensibles à la pression, et au niveau desquelles il semble exister un peu d'empatement.

La percussion révèle de la matité au niveau de la tumeur, mais pas une matité franche. Le reste du ventre est très sonore.

Toucher : Utérus normal a conservé sa motilité ordinaire. Il semble y avoir un peu d'empatement au niveau des culs-de-sacs latéraux et du

cul-de-sac postérieur. On ne sent pas les annexes, ce qui n'a rien d'étonnant car des deux côtés la recherche de celles-ci par le palper bimanuel est très douloureux et la malade contracte aussitôt ses muscles.

Poumons. — La percussion ne révèle rien d'anormal; et c'est à peine si à l'auscultation on constate une respiration un peu rude au niveau du sommet gauche qui n'est d'ailleurs nullement sensible à la pression. Cependant la malade tousse toujours un peu.

Appareil digestif. — Appétit faible. Depuis le 1^{er} mars, pas de vomissements, mais durant tout le mois de février, vomissements très fréquents. Toujours alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Cependant la diarrhée prédomine.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

En somme il s'agit vraisemblablement d'une péritonite tuberculeuse enkystée, en voie de régression.

Opération le 18 mars:

La malade étant anesthésiée au chloroforme, M. Morestin, chef de clinique, pratique une large laparotomie médiane sous-pubienne.

Le péritoine est extrêmement épaissi. On l'incise et on tombe sur un paquet d'anses intestinales intimement adhérentes entre elles et à la paroi abdominale on rompt quelques adhérences; mais on s'arrête bientôt de crainte de perforer l'intestin. C'est à peine si au cours de ces manœuvres il s'écoule quelques gouttes de sérosité.

On ne fait pas de lavage.

Suture de la paroi abdominale en un seul plan avec fils d'argent et aux crins de Florence.

19 mars : Température matin, 37°4 ; soir, 38°6.

Pouls 100, régulier.

Quelques vomissements probablement dus au chloroforme. Pas de fortes douleurs.

20 mars : Température matin, 37°8 ; soir, 37°8.

Pouls 90 le soir.

Pas de vomissements.

21 mars : Température matin, 37° ; soir, 38°4.

Vomissements abondants l'après-midi.

Les jours suivants, rien d'anormal. Les fils sont enlevés le 10^e jour, et la plaie est parfaite.

Quelques vomissements encore le 30 mars, mais les douleurs ont disparu.

La malade sort le 10 avril en excellent état.

Un an après, au mois d'avril dernier, elle se portait très bien. Elle avait passé facilement l'hiver, elle prenait toujours de l'huile de foie de morue.

OBSERVATION IV (Inédite)

Péritonite fibreuse, ascitique, enkystée. — Laparotomie. — Guérison constatée 4 mois.

La nommée Elodie M..., âgée de 24 ans, blanchisseuse, entre le 10 février 1899 à l'Hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 23, dans le service du professeur Le Dentu, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Cependant elle a perdue plusieurs frères et sœurs en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — Bien que d'une constitution délicate, elle n'a jamais eu de fièvre grave dans son enfance.

Réglée à 14 ans, pendant 3 ou 4 ans, règles très douloureuses, peu abondantes, et très irrégulières.

Mariée à 21 ans.

A 22 ans, bronchite qui dure tout l'hiver. A la suite de cette bronchite, elle aurait fait, au dire d'un médecin, une pleurésie droite qui guérit sans ponction.

L'hiver suivant, c'est-à-dire de 1897-98 : elle a recommencé à tousser, mais très peu, et elle n'a pas été obligée d'interrompre son travail comme l'hiver précédent.

Enfin l'hiver dernier (1898-1899) ; elle n'a presque pas toussé ; à part dit-elle 2 ou 3 petits rhumes qui n'auraient pas duré chacun plus de 8 jours.

En revanche, elle a commencé à souffrir du ventre à la fin du mois de novembre. D'abord il s'agissait de coliques peu intenses, revenant à des intervalles irréguliers, principalement, paraît-il, quand il faisait froid et qu'elle ne prenait pas la précaution de se couvrir le ventre. Puis ces coliques intermittentes ont fait place à une douleur sourde, continue, siégeant surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, et s'exaspérant sous l'influence de la fatigue.

A la fin du mois de décembre, elle a eu pendant 4 ou 5 jours des vomissements verdâtres et a été obligée de garder le lit.

Elle a toujours été très constipée, et ne s'est jamais beaucoup observée à ce sujet ; mais elle a remarqué que depuis le mois de décembre elle avait de temps à autre des diarrhées extrêmement abondantes.

Son ventre n'a commencé à grossir qu'à partir du mois de janvier ; et ce n'est que vers le milieu de ce mois qu'elle s'est décidée à garder le lit pour se soigner sérieusement. N'ayant obtenu aucune amélioration, après trois mois de traitement chez elle ; elle consent enfin sur le conseil de son médecin à entrer à l'hôpital Necker le 10 février 1897.

Examen à l'entrée :

Inspection. — L'état général semble bon, car la malade n'est pas amaigrie, et ne paraît nullement abattue.

Le ventre est uniformément augmenté de volume ; toutefois la cicatrice ombilicale n'est pas déprimée, et les flancs ne sont pas étalés. Peau lisse, présente un aspect normal.

Palpation. — On a nettement dans certaines régions, surtout au niveau du bas-ventre, la sensation de fluctuation. En revanche on sent un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic un empatement profond dont il est difficile d'apprécier l'étendue ; car la moindre pression à ce niveau est très douloureuse.

Percussion. — Matité dans le bas-ventre ; toutefois cette matité est limitée supérieurement par une ligne convexe, et non par une ligne à concavité supérieure comme dans les ascites libres. Cette matité ne se déplace pas d'ailleurs suivant les différentes positions qu'on fait prendre à la patiente.

Toucher. — Col utérin, petit, normal ; utérus extrêmement mobile. Culs-de-sac abaissés.

Appareil digestif. — Appétit conservé, mais capricieux. Digestions mauvaises. De temps à autre, crise de vomissements. Constipation opiniâtre interrompue de temps en temps par des débâcles diarrhéiques.

Appareil respiratoire. — La percussion dénote une submatité très nette au sommet droit, en avant et en arrière. Cependant, ce sommet n'est pas douloureux à la pression, et l'auscultation révèle simplement une respiration rude sans bruits anormaux.

A la base du poumon droit, on constate une diminution très notable du murmure vésiculaire due probablement à une pleurésie ancienne.

Appareil circulatoire. — Palpitations très fréquentes ; cependant bruits cardiaques normaux.

Rien de particulier à signaler du côté des autres appareils.

En somme, il s'agit d'une péritonite tuberculeuse ascitique enkystée, chez une personne dont l'état général est relativement bon, et le sommet du poulmon droit simplement suspect.

Pendant 12 jours, la malade est tenue en observation : mais comme son état ne paraît pas devoir s'améliorer, on se décide à intervenir.

Opération le 22 février 1899.

La malade étant anesthésiée à l'éther, M. le professeur Le Dentu pratique la laparotomie sus-pubienne. Le péritoine pariétal est très épaissi ; dès qu'on l'incise, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux. On détache ensuite de nombreuses adhérences ; puis après avoir épongé soigneusement le liquide péritonéal, on suture la plaie abdominale en 3 plans différents.

Pas de drainage.

Suites opératoires parfaites. Les jours suivants, il y eut seulement un peu d'élévation de température (37°8 ou 38°) le soir.

Les fils furent enlevés le 10^e jour. Réunion par première intention.

La malade se levait le 10 mars, et quittait l'Hôpital le 22 mars en excellent état.

A partir de l'opération, les vomissements et les douleurs ont complètement cessé, et la malade s'est sentie plus forte. Son ventre n'a plus augmenté de volume, et la douleur qu'elle éprouvait au niveau de la fosse iliaque droite, a diminué peu à peu, pour cesser complètement. Elle a continué à être très constipée, mais les diarrhées sont devenues extrêmement rares.

Nous avons revu la malade vers le milieu de juin ; elle allait aussi bien que possible, tant au point de vue péritonéal, qu'au point de vue pulmonaire et général.

OBSERVATION V (Inédite).

Pelvi-péritonite tuberculeuse et salpingite double. — Laparotomie. — Castration unilatérale. — Guérison.

La nommée Léa L..., âgée de 22 ans, employée, entre à l'Hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 21, dans le service du professeur Le Dentu, parce qu'elle souffre dans le bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur âgée de 18 ans, et un frère âgé de 15 ans en bonne santé.

Antécédents personnels. — A été d'une constitution très délicate dans son enfance, et n'a pour ainsi dire jamais cessé d'être malade.

Réglée à 13 ans. A partir de ce moment, de chétive qu'elle était, devient assez forte, et n'est jamais malade jusqu'il y a deux ans.

A ce moment Léa L..., jusqu'alors dans l'aisance, tombe tout à coup dans une grande misère, et vit avec la plus grande peine. Elle est obligée de se priver sur la nourriture, alors qu'elle fournit un travail considérable et travail 12 heures par jour.

Dans le courant de l'hiver 1895 96, elle contracte une forte bronchite qu'elle garde jusqu'au printemps.

L'année suivante, elle devient enceinte. Fort heureusement, elle a l'occasion d'aller passer à ce moment quelques mois à la campagne, où une situation avantageuse lui est offerte, et grâce à ce changement d'existence, elle supporte sans trop de fatigue sa grossesse.

Elle accouche au mois de janvier 1897.

L'accouchement se passe très bien ; mais la malade impatiente se lève au bout de 5 à 6 jours, et à partir de cette époque, elle a d'abondantes pertes blanches, et des règles très irrégulières.

Toutefois, ce n'est que depuis 2 mois qu'elle souffre dans le bas-ventre. Les souffrances ont d'abord été intermittentes et supportables ; mais depuis 15 jours, elles ont été telles qu'elle a dû garder continuellement le lit.

Elle se plaint de plus d'avoir souvent la fièvre le soir, et de vomir par moments tout ce qu'elle prend. Elle a toujours été très constipée.

Elle se décide à entrer à l'hôpital Necker le 21 mars 1898.

Examen à l'entrée :

Inspection. — Ventre paraît un peu augmenté de volume ; mais, au dire de la malade, il aurait toujours été gros depuis son accouchement.

Palper. — On ne sent pas de tumeur, mais par la pression on détermine une douleur assez vive dans tout le bas-ventre, surtout au niveau de la région des ovaires.

Toucher. — Col utérin volumineux dur.

Orifice utérin très élargi, admet la palpe de l'index.

Par le palper bimanuel, on ne sent pas le fond de l'utérus à sa place normale au-dessus du pubis, mais on le trouve dans le cul-de-sac postérieur, où il semble solidement fixé. On le reconnaît aisément grâce au sillon de flexion qui le sépare du col, et grâce aussi à la crête médiane

qu'il présente sur sa face postérieure (signé du professeur Le Dentu), et qui est ici particulièrement nette.

Les annexes des 2 côtés, et surtout celles du côté gauche, sont volumineuses et douloureuses. De plus il y a un empatement notable dans les culs-de-sacs latéraux.

Appareil digestif. — Appétit médiocre. Digestion mauvaise. Vomissements assez fréquents, surviennent habituellement après les repas, Constipation opiniâtre.

Appareil respiratoire. — Depuis la forte bronchite qu'elle a eue il y a 2 ans, Léa L. , a toujours toussé un peu chaque hiver. La percussion ne révèle pas de submatité nette au niveau de l'un des sommets; mais en revanche l'auscultation révèle une rudesse caractéristique au niveau du sommet gauche qui est d'ailleurs douloureux à la pression.

Appareil circulatoire. — Palpitations fréquentes. Sueurs abondantes la nuit. La malade prétend avoir souvent la fièvre le soir. Bruits du cœur normaux.

Rien de particulier à signaler du côté des autres appareils:

En somme on fait le diagnostic de rétroflexion utérine irréductible et de salpingite double, et on ne songe nullement à une pelvi-péritonite.

Opération le 24 mars.

La malade étant anesthésiée à l'éther, le professeur Le Dentu pratique la laparotomie sus-pubienne. Le péritoine pariétal est notablement épaissi. Celui-ci étant incisé, on tombe sur quelques adhérences intestinales qui masquent l'utérus et les annexes. On détruit facilement ces adhérences, et on constate alors qu'une grande partie du péritoine pelvien est parsemé d'un semis de granulations surtout abondantes au niveau des annexes.

Les annexes droites volumineuses comme une mandarine sont enlevées; les annexes gauches moins volumineuses sont laissées en place, mais sont cautérisées profondément au thermocautère.

Les adhérences utérines étant détruites, on ramène l'utérus en fonction normale et on le fixe à la paroi abdominale par trois points placés sur sa face antérieure à une certaine distance de son fond.

Suture de la paroi abdominale en trois plans (péritonéal, musculaire et interne). Pas de drainage.

Suites opératoires immédiates parfaites.

La malade n'a pas eu de température et n'a pas vomi.

Le 6 avril, on enlève les crins. Malheureusement, il s'est formé un

petit abcès de la paroi, et il en résulte une fistule qui persiste pendant trois semaines.

La malade sort à la fin d'avril en excellent état.

Nous avons eu de ses nouvelles à deux reprises différentes.

Au mois d'octobre 1898, c'est-à-dire six mois après son opération, elle allait pour le mieux ; mais elle était revenue à la consultation de gynécologie de Necker parce qu'elle avait un petit abcès dû à l'élimination d'un fil.

Nous l'avons également revue au mois de février 1899, elle allait très bien, et venait à l'hôpital Necker, non pour elle-même, mais pour faire examiner une de ses amies.

OBSERVATION VI (inédite).

*Pelvi-péritonite ulcéreuse suppurée et salpingite double. —
Laparotomie. — Castration bilatérale. — Guérison.*

La nommée Marie B., âgée de 38 ans, ménagère, entre à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 22, dans le service du professeur Le Dentu, le 1^{er} avril 1898, parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère morte à 40 ans poitrinaire.

Un frère mort à 20 ans tuberculeux.

Antécédents personnels. — Jamais malade dans son enfance.

Réglée à 13 ans.

Règles toujours régulières jusqu'il y a six mois.

Mariée à 28 ans.

Jamais d'accouchement.

Opérée d'une hernie crurale droite étranglée il y a 2 ans.

N'a jamais toussé.

Il y a un an, la malade a été soignée pour une cystite chronique. Elle éprouvait de fortes douleurs en urinant. Le médecin qui la soignait la fit entrer à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Guyon, mais elle ne voulut pas rester à l'hôpital et préféra se soigner chez elle. Depuis elle a toujours souffert en urinant, mais ses douleurs sont plus ou moins intenses suivant les cas. A trois ou quatre reprises différentes elle aurait uriné un peu de sang.

Il y a 6 mois, elle a commencé à souffrir dans le ventre : et ses souffrances d'abord supportables sont bientôt devenues telles qu'elle a dû garder constamment le lit. Ce n'est que quand ses maigres ressources ont été épuisées qu'elle s'est décidée à entrer à l'Hôpital Necker 1^{er} avril 1898.

Examen à l'entrée :

Inspection. — L'état général est médiocre : la malade est maigre et semble abattue.

Le ventre au lieu d'être distendu, semble plutôt rétracté.

Palper. — On sent au niveau des fosses iliaques des tumeurs qui se fusionnent sur la ligne médiane. La tumeur gauche semble particulièrement volumineuse et remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Ces tumeurs sont assez faciles à explorer, car elles ne sont pas douloureuses.

Toucher — Col petit, dur. Orifice utérin imperceptible. Tous les culs-de-sac sont comblés par des masses très dures par places ; moins dures en d'autres endroits et qui ne sont pas très douloureuses.

Palper bimanuel. — Il semble que l'utérus complètement immobilisé et enclavé pour ainsi dire au milieu des masses salpingiennes, soit refoulé à droite par la grosse tumeur gauche. Il est en antéverson.

Appareil digestif. — Appétit nul. Digestion mauvaise. Pas de vomissements, constipation opiniâtre.

Appareil respiratoire. — Indemne.

Appareil circulatoire. — Indemne.

Appareil urinaire. — Souffre en urinant ; surtout à la fin de la miction. Comme nous l'avons déjà dit, prétend avoir uriné 3 ou 4 fois un peu de sang. Quoiqu'il en soit cet examen de la vessie n'est pas approfondi : mais on se demande, malgré l'absence de lésions pulmonaires, s'il ne s'agit pas d'une cystite tuberculeuse.

On fait le diagnostic de salpingite double volumineuse, et on décide d'intervenir par la voie abdominale.

Opération le 8 avril.

La malade étant anesthésiée à l'éther, M. Pichevin, chef de gynécologie, pratique la laparotomie sus-pubienne. Le péritoine pariétal qui est très épais, étant incisé ; on tombe sur une masse très volumineuse qui comble le petit bassin et qui est absolument fusionnée avec l'épiploon, l'intestin et la vessie.

Très péniblement on rompt les adhérences successivement avec

l'épiploon, l'intestin et la vessie. A différentes reprises, il s'écoule un peu de pus épais, crémeux, blanchâtre, qui est soigneusement épongé.

A droite, les annexes pas très volumineuses sont facilement isolées et enlevées.

Mais à gauche c'est avec la plus grande peine qu'on libère l'ovaire qui est gros comme le poing et rempli de pus. L'ovaire est enlevé sans être morcelé ; mais la trompe gauche est enlevée en cinq ou six fois par morceau. Tout autour des annexes gauches existaient des granulations et des tubercules la plupart ramollis.

L'utérus quoique désormais inutile est forcément laissé en place à cause de ses adhérences.

On draine vigoureusement la vaste cavité anfractueuse déterminée par l'ablation des annexes gauches au moyen de 2 gros tubes en caoutchouc.

La paroi abdominale est ensuite suturée en 3 plans (péritonéal, musculaire et cutané), suivant l'usage du service (1).

L'opération très pénible avait duré 1 heure 3/4. La malade qui avait pris beaucoup de chloroforme, eut une syncope à la fin de l'intervention. On lui fit aussitôt des piqûres d'éther et de caféine, et bien qu'elle n'ait pas perdu beaucoup de sang, on lui injecta un litre environ de sérum dans la veine médiane céphalique du bras droit.

Soir ; Pouls 120, régulier.

Température, 38°.

9 avril. Température matin, 37°5 ; soir 38. Pouls 120.

Vomissements abondants. On refait le pansement car la plaie a beaucoup suinté.

10 avril. Température matin 38° ; soir 39°. Pouls 120.

11 avril. Température matin 37° ; soir 38°.

12 avril. Pas de température, mais il s'écoule par la plaie abdominale un peu de matière fécale. Il s'est donc formé une fistule stercorale.

Fort heureusement cette fistule se forme au bout de 8 jours.

Les jours suivants l'état de la malade continue à s'améliorer rapidement, mais ce n'est que vers le 20 juin que se ferme définitivement la plaie abdominale.

(1) Examen de la pièce : L'ovaire gauche était rempli de pus, et ce pus occupait 4 ou 5 cavités nettement séparées les unes des autres. Un examen histologique minutieusement fait par M. Pichevin a démontré qu'il s'agissait bien là d'une lésion tuberculeuse.

La malade part le 26 juin.

Elle a été revue à différentes reprises. A la fin de février dernier, elle allait toujours très bien au point de vue de son ventre, mais elle continuait à souffrir de la vessie.

OBSERVATION VII (inédite)

Péritonite tuberculeuse forme fibreuse ascitique cloisonnée coexistant avec une tuberculose pulmonaire à la première période.

— *Laparotomie. — Amélioration de l'affection péritonéale, aggravation de la lésion pulmonaire.*

Antoinette D..., âgée de 27 ans, marchande de vins, originaire du Cantal, entre le 25 mai 1899, à l'hôpital Saint-Louis (isolement lit n° 24), dans le service de M. le docteur Richelot, pour des douleurs de ventre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans, d'une fluxion de poitrine.

Mère morte asthmatique, toussait toujours beaucoup.

Un frère âgé de 32 ans très robuste.

Deux sœurs âgées l'une de 30 ans, l'autre de 28 ans, toutes deux bien portantes.

N'a jamais perdu ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — La malade a, paraît-il, eu une santé très délicate dans son enfance, toutefois elle n'a jamais fait à ce moment de grande maladie.

Elle a été réglée à 14 ans, et à partir de cette époque elle est devenue assez forte.

Mariée à 21 ans, à un mari robuste. A partir de ce moment, les règles jusqu'alors régulières, deviennent irrégulières abondantes et douloureuses ; De plus dans l'intervalle de ses époques menstruelles, la malade a quelques pertes blanches.

A l'âge de 25 ans, c'est-à-dire il y a 2 ans, grossesse. Celle-ci est assez mal supportée et la patiente est obligée de garder souvent le lit ; car à différentes reprises elle a des douleurs et des métrorrhagies qui indiquent qu'elle est menacée d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Cependant la grossesse arrive à terme, et l'accouchement se passe pour le mieux. Quoique très fatiguée, Antoinette D... veut d'abord absolument nourrir son enfant ; mais elle est bientôt obligée d'y renoncer sur l'ordre de son médecin, non seulement parce que l'allaitement l'épuise ; mais encore parce que son lait ne vaut rien.

A partir de son accouchement, la malade se sentit toujours faible. Toutefois jusqu'au mois de décembre dernier : elle résista assez bien. Mais à cette époque, elle contracta une bronchite qui la fatigua beaucoup, et qui dura jusqu'à la fin de janvier 1899.

A partir de ce moment : la patiente parut se relever un peu : elle cesse de tousser, et ses forces reviennent en partie. Malheureusement au début du mois d'avril, elle commence à éprouver des douleurs sourdes dans le bas-ventre : douleurs continues, mais qui légères en temps normal, s'exaspéraient sous l'influence de la moindre fatigue, et au moment des règles. En même temps survint une constipation opiniâtre, interrompue de temps à autre par de fortes débâcles diarrhéiques. Nausées très fréquentes, surtout le matin à jeun, vomissements rares.

Le ventre a seulement commencé à grossir il y a un mois et demi environ : mais cette augmentation de volume s'est faite lentement et progressivement jusqu'il y a quinze jours. Durant ces quinze derniers jours, l'abdomen s'est au contraire développé très rapidement, et c'est pourquoi Antoinette D... quoique redoutant infiniment le séjour à l'hôpital, s'est décidée à entrer à l'hôpital Saint-Louis dans le service du docteur Richelot.

Examen à l'entrée. — La malade très abattue, se tient difficilement debout sur ses jambes. Elle est très amaigrie. Facies péritonéal.

Le ventre est notablement distendu. La peau est lisse, parcourue par quelques veines dilataées. La cicatrice ombilicale est dépliée. Toutefois, dans le decubitus dorsal, les flancs ne s'étalent pas, suivant la comparaison classique, comme ceux d'un batracien. Les jambes sont un peu œdématisées.

Le palper permet de constater très facilement l'existence de la fluctuation. De plus, il révèle en outre au niveau de certaines régions, par exemple au niveau des fosses iliaques, l'existence d'un empâtement profond. Cette exploration est bien supportée par la malade : car elle ne détermine pas de grandes douleurs. Cependant, le bas-ventre est beaucoup plus sensible à la pression que le reste de l'abdomen.

La percussion ne révèle pas une matité absolue partout : probable-

ment parce que des adhérences empêchent le liquide péritonéal de se répandre partout. D'ailleurs, celui-ci ne se déplace pas, ou se déplace peu, lorsqu'on fait changer de position à la malade, et c'est là une nouvelle preuve d'ascite enkysté.

Au toucher, on constate que les culs-de-sac sont abaissés, et que l'utérus très mobile, semble très léger, à cause évidemment du liquide dans lequel il baigne. Les annexes des deux côtés, et surtout celles du côté droit, sont douloureuses, mais il est impossible, à cause de l'ascite, d'apprécier leurs lésions.

Appareil digestif. — Pas d'appétit : digestions mauvaises, constipation opiniâtre, interrompue de temps à autre par une débâcle diarrhéique. Nausées fréquentes, surtout le matin ; vomissements rares. Quand ces derniers se produisent, ils sont verdâtres, peu abondants, et surviennent généralement presque sans effort.

Appareil respiratoire. — La malade tousse peu ; seulement le matin en se levant, et le soir en se couchant. Elle ne crache presque pas, et ses crachats ne présentent rien de bien caractéristique. En revanche, la percussion dénote une submatité très nette, en avant et en arrière au niveau du sommet gauche qui est très sensible à la pression. De plus, à l'auscultation, on entend une respiration très rude au niveau des deux sommets, mais surtout au niveau du sommet à gauche, où il existe également quelques petits craquements, facilement perceptibles quand on fait tousser le malade.

Appareil circulatoire. — Normal.

Appareil urinaire. — Les urines très abondantes, sont légèrement albumineuses.

Pouls rapide, oscille entre 100 et 120 ; sueurs nocturnes très abondantes. A son dire, la malade aurait la fièvre chaque soir ; cependant, la température prise les jours qui ont précédé l'opération, n'a pas dépassé la normale. Pour cette raison, et malgré les lésions pulmonaires, on décide de pratiquer une laparotomie.

Opération le 30 mai.

La malade étant suivant l'usage du service endormie au bromure d'éthyle et au chloroforme, d'après le procédé que nous avons déjà indiqué dans l'observation précédente, M. le docteur Richelot incise longuement la paroi abdominale sur la ligne médiane au-dessus du pubis, sur une étendue de 14 à 15 centimètres. Il s'écoule aussitôt une grande quantité de liquide séreux à teinte légèrement brunâtre. Le péritoine est très épaissi. Les anses intestinales sont assez adhérentes,

non seulement à la paroi abdominale, mais encore et surtout entre elles. Ces adhérences sont péniblement et soigneusement détruites. On constate alors que les annexes des deux côtés sont volumineuses, et couvertes de granulations tuberculeuses, si bien que M. Richelot est obligé de faire la contraction bilatérale. On lave ensuite la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie très chaude, puis on ferme le ventre au moyen d'un double surjet de catgut destiné l'un au plan péritonéal et l'autre au plan musculo-aponévrotique. La peau est suturée aux crins de Florence. Pas de drainage.

La température normale jusqu'au 3 juin, atteint les 3 et 4 juin, 38°6 le soir. Elle retombe ensuite à la normale, puis remonte les 7, 8 et 9 juin, pour atteindre à peu près 39°. De plus à peu près chaque soir la malade a une température qui oscille entre 38 et 39°. Cependant, au point de vue de sa péritonite, la malade a tiré grand profit de la laparotomie. Elle souffre en effet beaucoup moins, elle n'a presque plus de nausées, et va plus facilement à la garde-robe. De plus le ventre est maintenant relativement souple et le liquide ne semble pas avoir de tendance à se reproduire.

Malheureusement il semble qu'en revanche l'opération ait donné comme un coup de fouet à la lésion pulmonaire; car la malade présente nettement maintenant les signes d'une tuberculose pulmonaire au 2° degré (râles sous-crépitaux aux deux sommets) qui évolue rapidement et aboutira bientôt à une terminaison fatale.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Péritonite tuberculeuse forme fibreuse ascitique reconnue seulement au moment de la laparotomie pratiquée pour un fibrome utérin. Evacuation du liquide péritonéal, ruptures d'adhérences intestinales: hystérectomie abdominale très pénible. Mort le surlendemain de l'opération.

La nommée Irma D..., couturière, âgée de 49 ans, entre le 28 avril 1899, à l'hôpital Saint-Louis (Isolement, lit n°), dans le service du docteur Richelot, pour des douleurs dans le bas-ventre, et pour des pertes.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. A eu deux accouchements qui se sont très bien passés

A toujours été bien portante jusqu'il y a 2 ans et n'a jamais toussé.

Depuis 2 ans, les règles jusqu'alors régulières, sont devenues très irrégulières et très abondantes. Dans l'intervalle la malade avait de fortes métrorrhagies qui l'obligeaient par moments à garder le lit. Ces pertes sont devenues inquiétantes depuis 5 ou 6 mois.

Depuis cette époque également, la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs sourdes, continuelles qui s'exaspèrent au moment des règles et sous l'influence de la moindre fatigue.

Examen. — L'abdomen n'est pas distendu. A la simple palpation du ventre, il est impossible d'explorer la cavité abdominale; car la malade étant très grasse, ses parois sont naturellement très épaisses. Toutefois la pression réveille une douleur assez vive dans tout le bas-ventre, surtout au niveau des fosses iliaques.

Toucher : Col utérin dur, très volumineux, orifice utérin très éloigné.

Le palper bimanuel permet de constater facilement que l'utérus irrégulier et très volumineux remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, et qu'il est très développé dans le sens transversal, et surtout du côté droit. Dans les culs-de-sac postérieur et latéraux, on sent également très bien l'utérus, ou plutôt la tumeur utérine, comblant en partie l'excavation pelvienne. L'utérus est à peu près complètement immobilisé. Les annexes sont un peu douloureuses, surtout du côté droit : mais il est impossible d'apprécier leur état, car elles sont, pour ainsi dire, masquées par la tumeur utérine.

La malade semble très bien portante : elle est grande et paraît assez grasse, bien que dit-elle, elle ait beaucoup maigri ces dernier temps.

Appareil respiratoire — Absolument rien de spécial à signaler.

Appareil circulatoire. — Semble normal également.

Appareil digestif. — Appétit très médiocre, digestion très pénible ; constipation opiniâtre. La malade est obligée de se purger très fréquemment, et de prendre un lavement à peu près chaque matin.

Appareil urinaire. — Urines normales, bref, on fait le diagnostic de fibrome intense surtout développé dans le sens transversal, et pour cette dernière raison, M. Richelot décide de pratiquer une hystérectomie abdominale totale. Ajoutons qu'on ne songe nullement à la possibilité d'une péritonite tuberculeuse.

Opération le 2 mai 1899.

La malade étant, suivant l'usage du service, anesthésiée d'abord et légèrement au bromure d'éthyle, puis à fond au chloroforme, M. Richelot pratique une large incision sus-pubienne d'environ 15 centimètres de longueur.

A ce moment déjà, on constate une épaisseur tout à fait anormale du péritoine. Celui-ci étant ouvert, on tombe sur un paquet d'anses intestinales agglutinées entre elles, et recouvertes par quelques fausses membranes. Ces anses intestinales sont rouges, enflammées, et criblées pour ainsi dire de granulations tuberculeuses petites et peu adhérentes, puisqu'elles tombent assez facilement sous l'influence du frottement des compresses. Quoi qu'il en soit, on détruit assez péniblement la plupart des adhérences intestinales, puis on éponge soigneusement le liquide péritonéal qui n'est pas extrêmement abondant.

M. Richelot décide ensuite d'enlever à la fois l'utérus fibromateux qui est bien tel qu'on l'avait diagnostiqué, ainsi que les annexes qui sont augmentées de volume, et criblées de granulations tuberculeuses.

Vu l'irrégularité du fibrome et ses nombreuses adhérences, il est absolument impossible de faire une opération bien réglée. M. Richelot est obligé d'enlever en plusieurs fois la tumeur utérine. Le col seul est laissé en place, et soigneusement fermé par des points séparés au catgut. Les surfaces cruentées sont ensuite parfaitement recouvertes par le péritoine, grâce à un surjet au catgut qui s'étend transversalement d'un ligament large à l'autre, et qui assure ainsi une hémostase minutieuse.

La plaie abdominale est ensuite suturée suivant l'usage, par un double surjet au catgut, disposé suivant deux étages, correspondant l'un au plan péritonéal, l'autre au plan musculo-aponévrotique. La peau est suturée aux crins de Florence.

Pas de drainage.

2 mai au soir. Température 37°3. Pouls petit et très rapide. Vomissements abondants dus au chloroforme, ce qui n'a rien d'étonnant, l'opération ayant duré plus d'une heure.

3 mai matin. Température normale. Pouls toujours petit et rapide. Langue sèche. La malade est très abattue.

Soir : Température 39°. Pouls de plus en plus rapide et faible. Facies péritonéal.

4 mai. La malade a vomi toute la nuit ; elle a un peu de ballonnement du ventre. Pouls filiforme. Mort à 10 heures.

L'autopsie n'a malheureusement pu être pratiquée.

CONCLUSIONS

I. Si l'on compare, comme nous l'avons fait au début de cette thèse, les différentes statistiques de péritonites tuberculeuses, traitées médicalement avec les différentes statistiques de péritonites tuberculeuses opérées, on voit que d'une manière générale, l'intervention améliore irrégulièrement le pronostic dans la péritonite tuberculeuse.

II. La forme ascitique est celle qui tire le plus grand profit de la laparotomie, qui la guérit ou l'améliore presque toujours.

III. La forme fibreuse sèche est aussi opérée avec succès, mais ici les résultats de l'intervention sont beaucoup plus incertains.

IV. La laparotomie a également une très heureuse influence sur la forme ulcéreuse suppurée ; mais elle semble à peu près sans action sur la forme ulcéreuse sèche.

V. Quant à la forme miliaire aiguë, il est évident qu'elle ne peut être opérée avec succès.

VI. En dehors des formes défavorables, les contre-indications opératoires sont au nombre de trois, principales :

- 1° Une cachexie trop prononcée ;
- 2° Une tuberculose pulmonaire avancée ;
- 3° Une tuberculose intestinale bien nette.

VII. Les indications absolues sont par contre au nombre de quatre :

- 1^o L'occlusion intestinale ;
- 2^o La perforation intestinale ;
- 3^o Sa suppuration ;
- 4^o La nécessité de trancher par la laparotomie un diagnostic incertain.

VIII. Dans la forme ascitique, la laparotomie non seulement évacue le liquide et fait disparaître les accidents qu'il détermine, mais encore elle empêche le liquide ascitique de se reproduire en hâtant le processus fibro-formatif curateur.

Il est plus difficile de concevoir le mode d'action de la laparotomie dans la forme fibreuse.

Dans les formes ulcéreuses suppurées, l'intervention agit évidemment en évacuant un foyer suppuré.

IV. Enfin, quelle que soit la forme de péritonite tuberculeuse, on fera une laparotomie aussi simple et aussi rapide que possible.

Vu par le Président de la Thèse :
DIEULAFOY.

Vu par le Doyen ;
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Aran.** — *Union médicale*, 1838, nos 93, 94.
- Aran.** — *Union médicale*, 1838, page 373.
- Audry.** — *Lyon médical*, 1887, Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.
- Besnier.** — Dictionnaire des sciences médicales, article Ascite.
- Bichat** — Traité des membranes, Paris 1800, Anatomie générale, Paris, 1801, 1819, 1821.
- Boulland.** — De la tuberculeuse du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement, Thèse de Paris, 1883.
- Brouardel.** — Thèse de Paris, 1869.
- Brühl.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse, *Gazette des Hôpitaux*, 25 octobre 1890.
- Bucquoy.** — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1882, page 200.
- Chandelux.** — *Province médical*, Lyon, 1889.
- Daussire.** — Thèse de Paris, 1889.
- Debove.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 10 octobre, 1890.
- Delpeuch.** — De la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, Thèse de Paris, 1883.
- Derville.** — Thèse de Paris, 1887.
- D'Espine et Picot.** — Maladies des Enfants.
- Dieulafoy.** — Pathologie interne.
- Dresch.** — Thèse de Paris, 1898.
- Dubar et Rémy.** — *Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1882.
- Fernet.** — Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1884.

- Gauderon.** — Péritonite idiopathique chez les enfants
- Grisolle.** — Traité élémentaire de pathologie interne.
- Guéneau de Mussy.** — *Clinique Médicale*. 1875, tome II, p. 51
- Heydenreich.** — Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. *Semaine médicale*, 1888, p. 473.
- Jalaguier.** — Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, article Péritonite tuberculeuse.
- John Baron.** — Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses, traduit par M. Boirin, Paris, 1825.
- Julien (L.).** — *Lyon médical*, 1872.
- Kœnig.** — Pathologie chirurgicale spéciale, 1889.
- Laveran et Tessier.** — Pathologie clinique médicale.
- Libert.** — Traité clinique et pratique de phtisie pulmonaire.
- Lichtermann.** — Forme ascitique de la péritonite tuberculeuse, Thèse de Paris, 1890.
- Louis.** — Recherches anatomiques physiologiques et thérapeutiques, sur le développement de la phtisie, Paris, 1825.
- Maurange.** — Thèse de Paris, 1889.
- Monprofit.** — Thèse de Paris, 1878.
- Otto von Herff.** — Veber Todesursachen nach. Laparotonia, *Berlin. Klin. Woch.* 1889, p. 1080.
- Peter.** — Leçons de clinique médicale.
- Pic.** — Thèse de Lyon, 1890.
- Rilliet et Barthez.** — Leçons de clinique médicale.
- Routier.** — Du traitement de la péritonite tuberculeuse, *Médecine moderne*, 3 avril 1890.
- Schwarz.** — *Wien. méd. Woch.* 1887, n° 13, Incision palliative dans la tuberculose du péritoine.
- Siredey et Dahloz.** — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1878. Article Péritonite.
- Spilmann.** — Thèse d'agrégation, Paris 1886.
- Tapret.** — Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée, Paris, 1878.
- Terrillon.** — Traitement de la péritonite tuberculeuse, *Semaine médicale*, 15 octobre 1890.
- Trabaud.** — Thèse de Lyon, 1885.
- Truc.** — Thèse d'agrégation, Paris 1886.

Vacher. — Thèse de Lyon, 1889

Verchère. — Thèse de Paris, 1884.

Vierordt. — Tuberculose der serösen Häuten (*Zeitsch f. klin. med.*
tome XIII, page 112).

Villemir. — Etude sur la tuberculose, 1868, page 152.



